**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Przystępując do udziału w postępowaniu znak DOA.2610.1.2022 na **Świadczenie usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej na rzecz osób niepełnosprawnych, mieszkańców Legnicy   
w ramach realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Oświadczam, że Wykonawca dysponuje odpowiednimi osobami, zdolnymi do prawidłowej realizacji zamówienia i osoby te:

1. posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej1), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta,
2. posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu,

……………………………………………… .................................................

*(data podpis i pieczęć składającego oświadczenie) (osoba/osoby uprawniona/e)*